RESOLUCIÓN N° 154/19

**Vistos:**

Que, don **..................** interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG), solicitando que **..................** otorgue la cobertura correspondiente al **SEGURO DE DESGRAVAMEN - PÓLIZA No ..................y ..................**, por el fallecimiento de su señor padre **..................****.**

Que, la señalada reclamación cumple con los requisitos de materia, cuantía y oportunidad establecidos en el Reglamento de la DEFASEG (http://www.defaseg.com.pe/reglamento);

Que, habiéndosele corrido traslado de la respectiva reclamación, .................. cumplió con presentar sus respectivos descargos y la documentación solicitada;

Que, el 4 de noviembre de 2019 se realizó la audiencia de vista con la concurrencia sólo de la parte reclamante, quien tuvo oportunidad de exponer su respectiva posición tratándose de la materia reclamada, absolviendo las diversas preguntas que les fueron formuladas;

Que, el reclamante expresa su disconformidad con el rechazo de cobertura formulado por la aseguradora, solicitando que la DEFASEG se sirva atender su caso, considerando los antecedentes y fundamentos enunciados resumidamente a continuación: (1)su padre era cliente de .................. desde el año 2014, obteniendo un crédito que fue asegurado con la Póliza 1022800304, y otro refinanciado en el mes de febrero del año 2018 con la póliza de seguro ..................; (2) su padre falleció el 3 de diciembre del 2018 y que no tuvo enfermedad preexistente, ya que según el informe médico proporcionado por el Hospital Dos de Mayo de fecha 8 de agosto de 2019, se informa que por primera vez su padre acudió a consulta el 19 de abril de 2017 donde le realizaron los análisis clínicos y los exámenes renales; (3) recién en esa fecha a su padre le diagnosticaron la enfermedad renal crónica, por lo que no es cierto que dicha enfermedad la padecía hace 10 años atrás; (4) la aseguradora le ha requerido todas las historias clínicas de todos los hospitales MINSA y de los hospitales de ESSALUD, también de la Clínica Vesalio.

Que, por su parte, .................. solicita que la reclamación sea declarada infundada, atendiendo resumidamente a lo siguiente: (1) la reclamación carece de cobertura conforme a lo estipulado en las condiciones generales de la póliza de seguros contratada, al encontrarse el siniestro dentro de las exclusiones previstas de las condiciones particulares, como consecuencia de enfermedades pre existentes a la fecha de inicio de vigencia del certificado; (2) según la Historia Clínica del Hospital 2 de Mayo con fecha 22 de agosto de 2018, se indica que el paciente presenta diagnóstico de enfermedad renal crónica desde hace 10 años; (3) el asegurado tenía una enfermedad preexistente desde hace 10 años; (4) en el informe médico proporcionado por el Hospital Dos de Mayo de fecha 8 de agosto de 2019, consta que el asegurado a esa fecha presentaba una enfermedad renal crónica ESTADIO 4; (5) en ninguna parte de ese informe médico se afirma que al asegurado se le diagnosticó recién el 19 de abril de 2017 dicha enfermedad; (6) la información adicional que se le requirió fue por la solicitud de reconsideración que formuló el reclamante el 13 de agosto de 2019; (7) en la Orden Médica de fecha 22 de agosto de 2018, se registra como antecedentes de salud del asegurado, la enfermedad renal crónica diagnosticada hace 10 años; (8) en la Epicrisis de agosto de 2018, se registra como antecedentes de diagnóstico hace 10 años de hipertensión arterial y enfermedad renal crónica.

Que, a la fecha, el estado del proceso permite que el colegiado pueda expedir su pronunciamiento sobre el presente caso sometido a su conocimiento;

**CONSIDERANDO:**

**PRIMERO**: Conforme al Reglamento de la Defensoría del Asegurado, **la DEFASEG sólo es competente para pronunciarse y resolver las reclamaciones indemnizatorias de los asegurados que hubiesen sido sometidas a su conocimiento, sobre la base de la documentación obrante en el correspondiente expediente y con arreglo a derecho, siempre y cuando las señaladas reclamaciones cumplan los requisitos reglamentarios de materia y cuantía.**

**SEGUNDO**: El artículo 1 de la Ley Nro. 29946 – Ley del Contrato de Seguro dispone que el contrato de seguro es aquel por el que la aseguradora se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar -dentro de los límites pactados- el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, enmarcado en una póliza que la aseguradora debe entregar al contratante, y cuyos requisitos mínimos están previstos en el artículo 26 de la señalada ley.

**TERCERO:** Que, el artículo 1361 del Código Civil dispone que los contratos son obligatorios en cuanto se haya expresado en ellos, presumiéndose que lo declarado es lo querido por ambas partes, de manera que la parte que sostenga lo contrario debe probarlo.

**CUARTO:** **Que, en materia procesal**, corresponde a quien invoca hechos probar su existencia, carga procesal a la que refiere el artículo 196 del Código Procesal Civil, salvo que se acoja a alguna presunción legal de carácter relativo o absoluto.

**QUINTO:** Que, de acuerdo a los términos contenidos en el rechazo, la reclamación y en la respectiva absolución, así como a lo tratado en la audiencia de vista, la solución de la presente controversia consiste en determinar si en el presente caso la exclusión invocada por la aseguradora, esto es la existencia de una enfermedad preexistente, le puede ser opuesta o no a la reclamante, y en caso de serlo, si el supuesto que activa la exclusión de cobertura está probado en autos, esto es si el asegurado padecía de enfermedades preexistentes con anterioridad a la contratación del seguro.

**SEXTO:** Que, respecto al primer extremo, esto es determinar si la exclusión invocada puede ser oponible o no, el Colegiado ha comprobado que la aseguradora ha cumplido con presentar las solicitudes de Seguro de Desgravamen .................. firmadas por el asegurado con fecha 31 de julio de 2014 y 29 de noviembre de 2016, a quien se le identifica con el DNI ...................

En dichas solicitudes, constan los términos de contratación de las pólizas en cuestión, incluyendo como exclusión cuando la muerte natural del asegurado se debe a “***enfermedades preexistentes***”.

En ese sentido, se ha comprobado que la aseguradora cumplió con informar oportunamente al asegurado sobre los alcances del seguro contratado.

De ahí que, el Colegiado observa que en autos existe prueba suficiente que lleva a la convicción racional que el asegurado pudo conocer el contenido de las exclusiones a las que está sujeto su contrato de seguro, por lo que no se ha demostrado la existencia de una falta de información de la aseguradora, que haya impedido que el asegurado tome una decisión informada al contratar los seguros bajo análisis.

Consecuentemente, las exclusiones de esos contratos de seguros resultan válidamente oponibles, siempre que se verifique su materialización.

**SÉPTIMO:** Que, luego de probado el cumplimiento de la aseguradora, corresponde determinar si en autos está probado el supuesto de exclusión invocado.

Conforme se verifica en autos, de la documentación presentada por la aseguradora con el escrito de fecha 06 de noviembre de 2019, en la Solicitud de Seguro de Desgravamen .................., se define la exclusión invocada como causal de rechazo de cobertura en los siguientes términos:

*“a. Enfermedades preexistentes, entendidas como aquellas enfermedades o alteraciones del estado de salud que se le haya diagnosticado por un profesional médico colegiado al Asegurado con anterioridad a la contratación del seguro, conocida por este y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración de salud contenida en la solicitud de seguro”.* (Subrayado nuestro)

Al respecto, cabe tener presente que conforme lo dispone la Séptima Regla de interpretación del Contrato de Seguro establecida en el artículo IV de la Ley del Contrato de Seguro – Ley N° 29946, la cobertura, exclusiones y, en general, la extensión del riesgo, así como los derechos de los beneficiarios, previstos en el contrato de seguro, deben interpretarse literalmente.

En esa medida, la exclusión citada debe interpretarse literalmente, consecuentemente del tenor transcrito, se aprecia que para materializarse el supuesto de exclusión, la aseguradora debe probar que la enfermedad preexistente haya sido:

* Diagnosticada por un profesional médico colegiado.
* Anterior a la contratación del seguro.
* Conocida por el asegurado.
* No resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración de salud.

En el presente caso, la aseguradora invoca como prueba las referencias de antecedentes patológicos de diagnósticos de hipertensión arterial y de enfermedad renal crónica de hace 10 años, que constan en la Historia Clínica del asegurado del Hospital Nacional Dos de Mayo: (i) Nota de Ingreso de fecha 22 de agosto de 2018 y en la (ii) Epicrisis de fecha 03 de septiembre de 2018.

De esos registros, se verifica que existen anotaciones de antecedentes de salud referidos por el propio asegurado.

Empero, de esos documentos no puede concluirse que se identifica un diagnóstico con una antigüedad cierta que se remonte al año 2008, ni mucho menos, que el diagnóstico haya sido hecho por un profesional médico colegiado.

Los términos en que ha sido redactada la exclusión por la propia aseguradora, exigen que ésta aporte prueba o evidencia que identifique al profesional médico colegiado que haya diagnosticado las enfermedades o alteraciones del estado de salud en una fecha determinada.

La aseguradora no ha probado uno de los supuestos de hecho que el tenor de la exclusión contempla como requisito para que una enfermedad sea considerada como preexistente.

De los antecedentes fácticos que obran en autos, este Colegiado advierte que la aseguradora no ha aportado pruebas razonables que generan la convicción racional que, en el año 2008, un profesional médico colegiado le diagnosticó hipertensión arterial y de enfermedad renal crónica al asegurado. En consecuencia, no habiéndose probado la existencia de la exclusión invocada como causa del rechazo, este carece de fundamento y legitimidad.

**ATENDIENDO A LO SEÑALADO, ESTE COLEGIADO ENCUENTRA QUE EXISTE MÉRITO PARA AMPARAR LA RECLAMACIÓN INTERPUESTA CONTRA LA ASEGURADORA, POR LO QUE**;

**RESUELVE:**

Declarar **FUNDADA** la reclamación interpuesta por don **..................** contra **..................**, por lo que corresponde que dicha aseguradora cumpla con otorgar la cobertura correspondiente al **SEGURO DE DESGRAVAMEN - PÓLIZA No ..................y ..................**, por el fallecimiento del asegurado **...................**

Lima, 16 de diciembre de 2019

Marco Antonio Ortega Piana Rolando Eyzaguirre Maccan

 Presidente Vocal

María Eugenia Valdez Fernández Baca Gonzalo Abad del Busto

 Vocal Vocal